

стей рук. Расширена нижняя апертура грудной клетки, резко выражена полоса Филатова -Гаррисона. Брюшная стенка дряблая, аплазия прямых мышц живота. Живот асимметричен. Выступает его правая половина, печень + 1,5 см, расхождение прямых мышц живота в верхней и средней трети. В надлонной, левой паховой и поясничной областях послеоперационные рубцы.

Лабораторные данные: гемограмма - гемоглобин 120 г/л, гематокрит 35,7 %, лейкоциты - 8,6-109/л, СОЭ - 7 мм/час.

Биохимический анализ крови: мочевины - 4,8 ммоль/л, креатинин - 41 мкмоль/л, тимоловая проба - 1,97, алат - 11 ед./л, глюкоза - 3,97 ммоль/л, общий белок - 69 г/л.

Общий анализ мочи: уд. вес - 1009, лейкоциты - 8-10 в поле зрения. В пробе Зимницкого удельный вес минимальный - 1005, максимальный - 1012, объем суточной мочи - 980 мл.

Клиренс по эндогенному креатинину и мочевины: мочевины крови - 5,28 ммоль/л, мочевины мочи - 103 ммоль/л, минутный объем - 0,59 мл/мин., креатинин крови - 43 мкмоль/л, креатинин мочи - 2200 мкмоль/л, фильтрация - 65, 7 мл/мин, реабсорбция - 99,1 %.

Данные УЗИ 26.09.98 г.

Эхоскопически определяется увеличение размеров печени. Со стороны почек атония чашечно-лоханочной системы справа, пиелэктозия, гидронефротическая трансформация ЧЛС с обеих сторон. Правая почка: длина 80 мм,

ширина 3,1 мм, паренхима 10 мм, чашечки 8 мм. Левая почка: длина 97 мм, ширина 24 мм, паренхима не дифференцируется.

На ЭУ от 02.1998 г. (фото 3) функция определяется с двух сторон, на 7-й, 2-й и 60-й минутах чашечки и лоханки расширены больше слева, мочеточники широкие, определяются на всем протяжении (рис №3). Контур пузыря ровные. При сравнении с ЭУ до операции отмечается положительная динамика: уменьшился размер чашечек, лоханок, диаметр мочеточников, улучшилась эвакуация контрастного вещества.

В настоящее время состояние мальчика компенсированное, вспышки активности пиелонефрита редкие. Но полной нормализации анатомо-рентгенологической архитектоники почек и мочеточников после оперативного лечения не наступило. Сохраняется умеренное снижение порционных функций почек, расширение чашечно-лоханочной системы.

В дальнейшем ребенок нуждается в активном, постоянном ведении урологом и педиатром, тщательном контроле функций почек, противорецидивном лечении пиелонефрита.

## Литература

1. Терапология человека/Под ред. Г.И. Лазюка. М.: Медицина. 1991. 480 с.
2. Урология/Под ред. Н.А.Лопаткина. М.: Медицина, 1992. С. 496.
3. Сеймивский Д.А./Клиническая хирургия. 1988. №12. С. 18-22.

**А.Г.Бресский,  
И.М.Арестова**

Витебский государственный  
медицинский университет,  
г. Витебск

## Травматизация нижней надчревной артерии во время операции кесарева сечения

*В последние годы отмечается тенденция к значительному расширению показаний к абдоминальному родоразрешению, что преследует цель улучшить исходы родов для плода и матери. В связи с этим большую актуальность приобретает рациональный выбор анестезиологического пособия, совершенствование техники брюшностенного кесарева сечения. Одним из способов вскрытия передней брюшной стенки является разрез по Пфанненштилю, хотя отношение к такому доступу неоднозначно. Одним из осложнений при таком доступе может быть травматизация нижней над-*

*чревной артерии, что ведет к кровотечению.*

*Предлагается описание такой ситуации. У роженицы на 4-е сутки после операции кесарева сечения появилась клиника внутреннего кровотечения. Первоначальный диагноз гематометры не подтвердился. Во время релапаротомии обнаружена гематома, расположенная между левой прямой мышцей живота и задним листком фасции этой мышцы. Причина - кровотечение из мелких ветвей нижней надчревной артерии. Артерия перевязана в двух местах, кровотечение остановлено. Послеоперационный период протекал без осложнений.*

Снижение материнской и детской заболеваемости и смертности в значительной мере определяется своевременным и правильным выбором метода родоразрешения. Особое значение при этом приобретают методы оперативного родоразрешения. В последние годы отмечается тенденция к значительному расширению показаний к абдоминальному родоразрешению, что преследует цель существенно улучшить исходы родов для плода и матери при некоторых формах акушерской и экстрагенитальной патологии.

Структура показаний к кесареву сечению свидетельствует, что наиболее часто оно выполняется первородящим старше 30 лет в сочетании с акушерской патологией, рубце на матке, тазовом предлежании плода, аномалиях родовой деятельности, фетоплацентарной недостаточности. Остается высокой частота операций кесарева сечения, выполняемая по показаниям, которые учитывают интересы плода [4].

При расширении показаний к операции кесарева сечения все большую актуальность приобретают рациональный выбор анестезиологического пособия, совершенствование техники операции. Некоторые авторы в последние годы широко используют методику рассечения передней брюшной стенки и матки по Джоэлу-Кохену. Матку рассекают в нижнем сегменте поперечным разрезом. После извлечения плода и последа рану на матке зашивают однорядным швом без перитонизации. Целость париетальной брюшины не восстанавливается. Швы накладывают на апоневроз, подкожную жировую клетчатку и кожу [3].

Из всех способов разреза брюшной стенки, которые были предложены, в настоящее время употребляются в основном только 2 - срединный разрез между лоном и пупком и поперечный разрез по Пфанненштилю. Многие акушеры рекомендуют при операции кесарева сечения поперечный разрез по Пфанненштилю. При нем наблюдается меньшая реакция в послеоперационном периоде со стороны брюшины, он больше гармонирует с разрезом нижнего сегмента матки, косметичен, меньше вероятность возникновения послеоперационных грыж и т.д. [2].

Некоторые авторы относятся к такому разрезу весьма сдержанно, мотивируя это тем, что ограничена возможность ревизии органов брюшной полости в случае необходимости [1]. Удлиняется время с момента начала операции до извлечения плода.

Кроме того, во время разреза по Пфанненштилю возможна травматизация нижней надчревной артерии, что может вызвать серьезное кровотечение, которое не всегда диагностируется во время операции. В связи с этим мы приводим следующие клинические наблюдения.

Больная Б. 24 лет поступила в родильный дом 3-й горбольницы 22/XI-2000 г. в 7 ч. 20 минут с диагнозом: беременность 36-37<sup>я</sup> нед. (257 дней). Преждевременное излитие околоплодных вод. «Незрелая» шейка матки. Миопия слабой степени обоих глаз. Фетоплацентарная недостаточность. Дефицит массы тела. Хронический вирусный гепатит «С».

Из анамнеза. Перенесенные заболевания: ОРВИ, хронический тонзиллит. Была эрозия шейки матки. Проводилась консервативная терапия.

Первая беременность - настоящая. В сроке 25-26 нед. находилась на стационарном лечении в связи с угрозой прерывания. В сроке 32 недели выявлен хронический вирусный гепатит «С». Находилась на обследовании в городской инфекционной больнице. При поступлении в стационар состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледно-розовые. Молочные железы мягкие. Лимфоузлы, доступные пальпации, не определяются. Отеков нет. Патологии со стороны сердечно-сосудистой, дыхательной, мочевыделительной систем, а также со стороны органов пищеварения не выявлено.

В 8<sup>00</sup> часов женщина осмотрена дежурными врачами. Во время влагалищного исследования установлено: влагалище не рожавшей, шейка матки длиной до 3 см, плотная, отклонена к крестцу. Наружный зев пропускает кончик пальца. Головка плода над входом в малый таз. Мыс крестца не достигается. Подтекают светлые околоплодные воды.

Ректальное исследование: ампула прямой кишки свободна. Слизистая подвижна, крови на перчатке нет.

Начато создание ускоренного глюкозо-эстрогено-витаминового фона.

22/XI-2000 г. в 10 часов 45 минут диагностирована начавшаяся внутриутробная асфиксия плода. Проводилось консервативное лечение: внутривенно струйно введено 10 мл 5 % раствора рибоксина, капельно вводился 2,4 % раствор эуфиллина в разведении. Эффекта от проводимой терапии не было. Женщина осмотрена консилиумом врачей. Решено родоразрешить ее путем операции кесарева сечения. Показание к операции: развившаяся на фоне фетоплацентарной недостаточности и хронической гипоксии острая асфиксия плода. 22/XI-2000 г. с 11 ч. 15 мин. до 12 ч. 15 мин.

проведена операция кесарева сечения в нижнем сегменте. Брюшная стенка вскрыта разрезом по Пфанненштилю. Вскрыта пузырно-маточная складка. Мочевой пузырь тупо отсепарирован книзу. Поперечным разрезом в нижнем сегменте вскрыта матка. За головку извлечена живая девочка массой 2290 г, длиной 42 см с признаками незрелости. Оценка по шкале Апгар - 7-8 баллов. Рукой, введенной в матку, удален послед. Плацентарная площадка по задней стенке матки. Большой кюреткой произведено выскабливание матки. Разрез на матке ушит двухэтажным кетгутовым швом. Перитонизация листками пузырно-маточной складки. Брюшная стенка ушита послойно наглухо. На кожу наложен косметический декосновый шов. Кровопотеря во время операции составила 450 мл.

После операции родильница переведена в реанимационное отделение роддома, где за ней проводилось динамическое наблюдение и лечение. В течение 3-х суток состояние ее удовлетворительное. Гемодинамика стабильная. Высота стояния дна матки 25/XI в 7<sup>00</sup> утра на 10 см выше лона. Выделения из половых путей серозно-кровянистые, незначительные. Кишечник функционирует нормально. Температура нормальная. 25 ноября в 9<sup>00</sup> часов отмечается ухудшение состояния родильницы: женщина жалуется на слабость. При осмотре кожные покровы бледные. Язык влажный. Пульс 92 в 1', удовлетворительного наполнения и напряжения. АД <sup>90</sup>/60 мм.рт.ст. Частота дыхания - 18 в 1 минуту. В легких - везикулярное дыхание над всеми полями. Сердце - тоны приглушенные, ритмичные, Перистальтика прослушивается. Живот мягкий, не вздут, участвует в акте дыхания. Матка на уровне пупка, мягкая без четких контуров, чувствительная при пальпации. Выделений из половых путей не видно.

Осмотр в зеркалах. Шейка сформирована. Цервикальный канал закрыт. Выделения слизисто-кровянистые, скудные.

Влагалищное исследование: влагалище нормальное, шейка матки сформирована. Наружный зев пропускает кончик пальца. Внутренний зев закрыт. Тело матки четко не определяется, впечатление, что на уровне пупка, мягкой консистенции, чувствительное при пальпации. Задний свод не нависает.

Выставлен диагноз: беременность 36-37-я неделя (257 дней). Родоразрешение путем операции кесарева сечения по поводу начавшейся внутриутробной асфиксии плода. Послеоперационный период (4-е сутки). Гипотония матки Гематометра.

При исследовании крови 25/XI в 9<sup>00</sup> часов. НВ - 62 г/л, ЭР -  $2,1 \times 10^{12}/л$ , ЦП - 0,8 Нт - 22 %, СОЭ - 45 мм/час, лейкоциты -  $15,6 \times 10^9/л$ , сегм - 63 %, палочкоядерные - 9 %, лимфоциты - 28 %.

Предыдущий анализ крови 24/XI-2000 в 7 часов 20 минут. НВ - 108 г/л, ЭР -  $3,3 \times 10^{12}/л$ , СОЭ - 35 мм/час, лейкоциты -  $6,5 \times 10^9/л$ , Ц.П. - 0,9, Нт - 32 %, сегм - 65 %, палочкоядерные - 8 %, лимфоциты - 23 %, моноциты - 2 %, тромбоциты -  $231 \times 10^9/л$ .

Больной начато вливание эритроцитной массы, альбумина, свежезамороженной плазмы. Проведенное ультразвуковое исследование оказалось неинформативным. Учитывая наличие клинических признаков гипотонии матки, кровотечения и гематометры после кесарева сечения, показано выскабливание матки при развернутой операционной. При отсутствии эффекта - лапаротомия. Для контроля за состоянием свертывающей системы вызван врач-коагулопатолог.

25/XI-2000 г. 12<sup>40</sup>-12<sup>50</sup> операция выскабливания матки при развернутой операционной. Длина матки по зонду 10 см. Цервикальный канал расширен расширителями Гегара до № 10. Кюреткой № 6 аккуратно высокоблена матка. Удалено незначительное количество темных сгустков. Стенка матки гладкая. Матка плотная.

Диагноз после выскабливания: внутрибрюшное кровотечение. Показана экстренная лапаротомия.

25/XI в 13<sup>00</sup> под интубационным закислородным обезболиванием на фоне НЛА произведена релапаротомия. Поперечным разрезом (по старому разрезу) послойно вскрыта брюшная стенка до париетальной брюшины. Между апоневрозом и париетальной брюшиной обнаружена гематома. Удалены сгустки крови. Кровотокающий сосуд не обнаружен. Вскрыта брюшная полость, крови в брюшной полости нет. Матка увеличена до 10-11 недель беременности, плотная. Швы на матке состоятельны. Параметральная клетчатка не изменена, придатки без патологических изменений. При ревизии органов брюшной полости со стороны печени, селезенки патологии не выявлено. Хирургом, включившимся в операцию, произведена ревизия гематомы. Она расположена между прямой мышцей живота и задней стенкой влагалища мышцы, заходит на 4-5 см выше уровня пупка. Сгустки удалены. При разделении гематомы по ходу левой нижней надчревной артерии выявлено кровотечение из ее мелких ветвей. Артерия пересечена между 2-мя зажимами и перевязана капроновыми лигатурами. После удаления сгустков и ревизии гематомы полость ее дренирована и налажена вакуумаспирация. Брюшная стенка уши-

та послойно наглухо. Асептическая повязка. Общая кровопотеря - 800 мл.

Диагноз после операции: гематома влагляща прямой мышцы живота слева.

В раннем послеоперационном периоде больной продолжена инфузионная терапия, гемотрансфузия. Больная наблюдается в реанимационном отделении.

В дальнейшем послеоперационный период протекал без осложнений. В удовлетворительном состоянии с хорошими анализами выписана домой 6/ХІІ-2000 г. на 14 сутки после родоразрешения.

Как показывает описанный случай, травма ветвей нижней надчревной артерии при вскрытии брюшной стенки разрезом по Пфанненштилю может быть источником кровотечения, угрожающего жизни женщины, поэтому при ушивании передней брюшной стенки

необходимо тщательно осмотреть прямые мышцы, а также фасциальные влагляща этих мышц с целью выявления кровоточащих сосудов и тщательно лигировать их. В случае необходимости перевязки нижней надчревной артерии это необходимо делать в 2-х местах: ниже и выше источника кровотечения. Это связано с тем, что эта артерия анастомозирует с верхней надчревной артерией. Поэтому перевязка сосуда в одном месте не дает желаемого результата.

## Литература

1. Гешелин С.А. // *Акуш. и гин.* 2000. № 2. с. 58.
2. Слепых А.С. *Абдоминальное родоразрешение.* Л.: Медицина, 1986, с.96.
3. Стрижаков А.Н., Лебедев В.А. *Кесарево сечение в современном акушерстве.* М., 1998.
4. Стрижаков А.Н., Баев О.Р., Рыбин М.В., Тимохина Т.Ф. // *Акуш. и гин.* 2000. №5 с.13

В.Н. Сидоренко,  
Л.А. Содель, Н.А. Ушко,  
Л.Т. Бутра

НИИ ОМД, 7-я клиническая  
больница, г. Минск

## Наш опыт лечения беременных женщин с гиперстимуляцией яичников

*Представлен собственный опыт лечения беременных женщин с гиперстимуляцией яичников. Описана клиника, диагностика, этапность и исходы лечения пациенток.*

Вопросы диагностики и лечения бесплодного брака относятся к числу актуальнейших проблем современной медицинской науки и практики. Важность проблемы связана со значительной частотой бесплодия и тенденцией к ее увеличению во всем мире.

В последние годы все большее распространение в мире получает метод лечения абсолютного бесплодия путем экстракорпорального оплодотворения ооцитов и переноса эмбрионов в полость матки (ЭКО).

Основной задачей программы ЭКО является получение большого количества зрелых жизнеспособных преовуляторных ооцитов для дальнейшего оплодотворения их *in vitro*. Это достигается путем стимуляции суперовуляции с помощью воздействия на процесс фолликулогенеза большими дозами экзогенных гонадотропинов. Серьезным осложнением такой стимуляции является синдром гиперстимуляции яичников.

Впервые синдром гиперстимуляции яичников (СГЯ) описал Muller в начале 60-х годов как осложнение стимуляции овуляции, проводимой с помощью сывороточных гонадотропинов жеребых кобыл. К настоящему времени в литературе имеются сообщения о развитии СГЯ при использовании практически всех известных гормональных индукторов овуляции: кломифенцитрата, хорионического гонадотропина (ХГ), человеческого менопаузального гонадотропина (ЧМГ), чистого фолликулостимулирующего гормона (ФСГ).

СГЯ проявляется увеличением яичников за счет многочисленных кист, кровоизлияний и отека стромы, выпота в серозных полостях, развитием электролитного дисбаланса, гиповолемии, гемоконцентрации, а в тяжелых случаях – снижением почечной перфузии и острой почечной недостаточностью, тромбоэмболическими осложнениями.

Этиопатогенез СГЯ до конца не изучен. По мнению большинства ученых, массивное увеличение яичников с образованием фолликулярных и лютеиновых кист происходит на фоне выраженного отека стромы яичника, острого перераспределения жидкости в организме с образованием асцита, гидроторакса, а в некоторых случаях анасарки. Выпот является